

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

329
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean DUFOUR-LAMARTINIE

Né le 25 mars 1912, à Objat (Corrèze).

Pièces d'identité Sanitaire
utilisables surtout en cas
d'accidents

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean DUFOUR-LAMARTINIE

Né le 25 mars 1912, à Objat (Corrèze).

Pièces d'identité Sanitaire
utilisables surtout en cas
d'accidents

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert LEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		MONDOR.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		CHIRAY.
Clinique médicale		LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBE.
		LEREBoullet.
		NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance		H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants		GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux		CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses		GOSSET.
Clinique chirurgicale		GRÉGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique		CHEVASSU.
Clinique d'accouchements		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
		LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique		MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique		Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose		TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		MATHIEU.
Clinique de cardiologie		LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie		Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale		N...
Professeurs sans chaire		HAZARD.
		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		SANNIÉ.
		VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FÉY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES, Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULE.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SEZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCAT.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.

ECALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE MON PÈRE

Dont la vie est pour moi un exemple.

A MA MÈRE

*En témoignage de ma reconnaissance et
de ma profonde affection.*

A MA BELLE-MÈRE

A MON BEAU-PÈRE, LE COLONEL AUGUSTIN

Officier de la Légion d'Honneur.

A MA CHÈRE FEMME

A MON FILS JEAN-PIERRE

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Conseiller Technique Sanitaire au Ministère de la Santé publique.

Inspecteur général des Services techniques d'hygiène
à la Préfecture de Police.

Directeur de l'Institut d'Hygiène.

Officier de la Légion d'Honneur.

*Pour le grand honneur qu'il a bien voulu
nous faire en acceptant la présidence de
notre thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHIRAY

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEILL-HALLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARET

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIGNES

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR

FRANÇOIS DAINVILLE DE LA TOURNELLE

Médecin de l'Hôpital Départemental de Nanterre.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Avec ma profonde gratitude pour l'accueil bienveillant et l'enseignement que j'ai reçu de lui durant mon internat.

INTRODUCTION

Monsieur le professeur agrégé JOANNON a demandé (Communication à la séance du 20 janvier 1939 de la Société d'Hygiène Publique), que soit mise à l'étude la création d'une pièce d'identité sanitaire surtout utilisable en cas d'accident.

Il s'agit là d'une idée nouvelle susceptible de rendre de grands services à la Société.

HISTORIQUE

En 1927, un arrêté préfectoral institue dans le département du Doubs, l'utilisation générale et obligatoire du Carnet de santé individuel, mesure qui fut bientôt officiellement adoptée par la Ville de Gray et le Territoire de Belfort.

En France, plusieurs modèles de livret sanitaire individuel ont été déjà établis : La Ville de Bordeaux a créé un livret sanitaire individuel qui est distribué aux familles lors des déclarations de naissance.

Il existe en outre, un nombre considérable de modèles de fiches sanitaires : Fiches pour les écoles, pour les nourrissons, pour les enfants de préventori-ums, de camps de vacances, de centres sportifs.

A l'Etranger, des efforts ont été aussi tentés dans ce but. En Belgique, le Carnet individuel a été déjà adopté par les grandes villes. De même aux Etats-Unis. Les résultats obtenus sont avantageux. La mortalité et la maladie ont diminué dans de fortes proportions.

CHAPITRE I

Une grande différence existe entre les livrets médicaux et la pièce d'identité médicale telle que nous l'entendons.

Cette différence existe dans la présentation et dans le but poursuivi.

D'abord, dans la présentation : les livrets médicaux établis jusqu'à présent sont de longues observations médicales. « Le livret individuel comprendra 2 parties, nous dit ZILBERMANN dans sa thèse sur les livrets médicaux, une partie comprenant tous les papiers de l'état civil... ». Puis, « le livret sanitaire proprement dit se divisant en :

- A) Antécédents héréditaires.
- B) Naissance (accouchement).
- C) L'enfance (de sa naissance à 12 ans).
- D) Adolescence.
- E) Etat adulte.

D'autre part, il y aurait aussi les photographies des parents. »

Il s'agit là d'un livret très complet qui n'a rien de commun avec une plaque ou une carte d'identité sanitaire, sur lesquels seront notés en abréviation une tare importante pouvant jouer un rôle capital au cours d'une intervention d'urgence.

La différence existe également dans le but poursuivi. Quel est le but du livret sanitaire individuel ? C'est d'édifier l'ensemble de l'histoire du malade. Le but de la plaque ou de la carte d'identité sanitaire est d'aider au cours d'une urgence le médecin ou le chirurgien. Elle sera utile avant tout en cas d'accident. Et c'est pour cela qu'elle diffère des pièces dont nous avons parlé dans le chapitre précédent. Il faut qu'elles soient adoptées. C'est une nécessité de la vie moderne. Les accidents se multiplient avec le progrès. Tout est mécanisé. Il est de toute nécessité que la médecine suive ce mouvement, du moins dans ses applications.

Actuellement, tout est classé, tout est étiqueté. Certes, peut-être trop. Mais une pièce d'identité médicale ne serait pas de trop parmi ces fiches. Elle sauverait journellement bien des vies. Combien de blessés arrivant à l'hôpital meurent stupidement parce qu'ils présentent une tare ignorée ? Un simple signe apposé sur une fiche, indiquant cette tare, eut dans bien des cas permis au chirurgien de sauver leur vie. Tel hémophile n'aurait pas été opéré. Tel individu susceptible de faire des accidents sérieux n'aurait pas reçu une injection massive de sérum.

Adopter un tel projet est par conséquent nécessaire. Il faut le rendre pratique.

Quelle forme peut-on donner à ces pièces d'identité ? Soit une forme de plaque, soit une forme de carte. De toute façon les renseignements devront être

brefs, clairs et précis et susceptibles d'être compris par tous les médecins.

La plaque présente l'avantage d'être plus intimement liée à l'individu. Il la perdra difficilement. Elle sera immédiatement décelée par le médecin qui examinera le blessé. Ce sont là des avantages certains. Quelques inconvénients sont à signaler. Il sera difficile chez certains sujets, porteurs de tares multiples de mentionner toutes ces tares sur l'espace restreint que présente la plaque. De plus, ces renseignements médicaux seront gravés sur la plaque. Or certains d'entre eux seront susceptibles de changer et devront être rectifiés : telles sont les vaccinations. Il sera difficile de faire ces rectifications. De plus, le port de la plaque peut rebuter certains. Les hommes n'en ont pas l'habitude, les femmes aiment mieux les bijoux. Il est vrai qu'il n'est pas nécessaire que les plaques soient fabriquées en série et présentent toutes le même aspect. Les femmes pourront choisir des plaques en métal précieux et finement ciselé, ayant des formes variées.

Les cartes d'identité sanitaire ne présentent pas ces inconvénients, de plus elles sont cachées et n'étaient pas au public des tares qu'il est parfois gênant de montrer. Par contre elles peuvent être égarées plus facilement. De plus fouillera-t-on soigneusement et à temps tout blessé ? Il est probable que non.

Les deux peuvent exister : soit que l'on choisisse la carte ou la plaque, soit que l'on choisisse les deux. Dans ce dernier cas, les choses importantes, im-

muables seront gravées sur la plaque; et les lésions de moindre importance ou susceptibles de varier, telles que les vaccinations seront marquées sur la carte. Afin qu'il n'y ait pas d'erreur, un signe gravé sur la plaque indiquera la présence d'une carte ad-jointe à la plaque. Par exemple la lettre C gravée dans un coin de la plaque. Du reste il ne s'agi-rait pas d'une observation médicale mais de simples signes traduisant des lésions importantes de l'orga-nisme, le groupe sanguin du sujet, les vaccinations qu'il a subies avec les dates auxquelles elles ont été faites. Signes importants pouvant orienter les actes médicaux et chirurgicaux de première importance.

Ces renseignements seraient résumés d'une façon conventionnelle. Pour qu'il n'y ait pas d'erreur pos-sible sur la signification de ces signes, ils seraient tra-duits, et cette traduction serait envoyée sous la forme d'un véritable code à tous les médecins. Ce code pour-rait également être affiché dans tous les hôpitaux et notamment dans les salles de réception des accidentés. Aucun doute du reste, qu'au bout de quelques mois, ces signes seraient connus des externes, internes et médecins. Ils feraient partie de leurs connaissances pratiques.

Quant aux signes eux-mêmes, bornons-nous à dire qu'il faut les choisir simples et précis. Nous donnerons plus loin des exemples. Ce ne seront du reste que de simples suggestions. La Commission chargée de l'étude de ce projet sera plus qualifiée pour faire ce choix qui entraînera à coup sûr de longues discussions entre personnes compétentes.

Qui fera partie de cette Commission ? Les représentants de la plupart des groupements médicaux et paramédicaux. Voici du reste ce que dit Monsieur JOANNON à ce sujet :

« Grâce à une entente entre le Ministre de la santé publique et celui de la guerre, cette étude pourrait être confiée à une Commission qui compterait notamment des membres de l'Académie de médecine et d'autres sociétés savantes des délégués des syndicats médicaux et des caisses d'assurance sociale, des médecins militaires, des représentants de l'assistance publique.

Tous les troubles morbides que présente un sujet, toutes les interventions qu'il a subies ne sont pas susceptibles d'être mentionnés sur une pièce d'identité médicale. Comme nous l'avons dit, les signes qui les traduiront doivent être simples et peu nombreux. L'essentiel est nécessaire mais cependant suffisant pour éviter une catastrophe. Aussi passerons-nous en revue au cours des chapitres suivants les différents points qui sont susceptibles de nous intéresser pour établir une pièce d'identité médicale. C'est ainsi que nous étudierons les chapitres suivants :

La vaccination antitétanique.

Le sérum équin.

Les groupes sanguins.

Les lésions ou troubles morbides insoupçonnés d'importance principale pouvant avoir une répercussion sur l'anesthésie ou l'intervention chirurgicale.

L'hémophilie ou l'hémogénie.

CHAPITRE II.

VACCINS ANTITÉTANIQUES

Lorsqu'un blessé a reçu les premiers soins d'urgence, on lui injecte du sérum antitétanique. Jusqu'à ces dernières années, ce geste ne pouvait que donner de bons résultats. Il préservait ce blessé contre le tétanos qui fait encore chaque année de trop nombreuses victimes.

Actuellement, le problème se complique du fait de la vaccination antitétanique, qui heureusement du reste, est de plus en plus répandue. En présence d'un blessé, un problème se pose : A-t-il déjà reçu de l'anatoxine antitétanique ? Et s'il en a reçu, quand ? et combien d'unités anatoxiques a-t-il reçues ? Dans tous ces cas en effet la thérapeutique préventive est bien différente. L'interrogatoire du malade ne donne en général aucun renseignement à ce sujet. Tout au plus peut-il dire qu'il a reçu une injection. Mais il ne peut préciser s'il s'agit de sérum de vaccin et la nature du vaccin.

J'ai eu l'occasion de vacciner bien des soldats dans l'armée (vaccination triple). La plupart subissent cette vaccination sans savoir, sans se soucier même, de

quelle vaccination il s'agit. Il nous est arrivé de demander à quelques soldats, venant d'un autre corps d'armée s'ils ont été vacciné. Les réponses sont très différentes, mais ont cependant toutes un point commun : Elles sont très vagues. Les uns confondent la vaccination jénérienne et la vaccination antityphoïdique. La plupart du temps, ils ne savent pas qu'ils ont reçu de l'anatoxine antitétanique et antidiphthérique. Parfois ils pensent avoir reçu de l'anatoxine alors qu'ils ont reçu du sérum.

On peut juger par ces faits, l'embarras dans lequel se trouve un médecin en présence d'un blessé. L'embarras est encore plus grand, il va sans dire si le blessé est dans le coma.

Pour éviter cet embarras tous les jours plusieurs fois renouvelé, il n'est qu'un moyen : Signaler ces vaccinations avec les dates d'injection, des doses en unités anatoxiques, les dates de rappel. Rien ne serait plus aisé et combien cette méthode faciliterait la tâche du médecin pour le plus grand bien du blessé.

Il n'est pas toujours utile d'injecter du sérum antitétanique à un sujet ayant été vacciné antérieurement si son organisme subit encore les effets du vaccin. Cette injection peut même être nuisible. Il faut préserver des injections intempestives de sérum. Comme nous le verrons plus loin, elles peuvent sensibiliser l'organisme qui deviendra apte aux réactions anaphylactiques.

L'injection de rappel est au contraire dans ces cas toute indiquée. Voici du reste à ce sujet l'opinion de

quelques maîtres, résumée dans un article de Monsieur JOANNON :

« Lorsqu'un individu, qui a quelques années auparavant été correctement vacciné au moyen de l'anatoxine, présente une plaie dont les caractères font redouter le développement du tétanos, doit-on se borner à le faire bénéficier d'une injection de rappel d'anatoxine, ou doit-on, en outre, au cas où l'antitoxine élaborée par lui-même ne suffirait pas à le protéger, administrer du sérum antitétanique ? ».

« L'injection supplémentaire de sérum a semblé plus prudente à certains : LESNÉ, DEBRÉ, RENÉ MARTIN, SAUVÉ » surtout lorsqu'il s'agit de « plaies souillées de terre dans des terrains tétanifères ». (SAUVÉ).

« CLÉMENT et LOUIS BAZY ont estimé suffisante une injection de rappel ».

« Par une communication à l'Académie de chirurgie, ou il a eu soin d'indiquer les raisons de sa confiance en les effets de l'injection de rappel, RAMON est venu, peu de temps après, donner son avis à la manière d'un arbitre ».

« La lecture de sa longue communication donne à penser qu'il penche vers la seconde opinion. Il admet toutefois l'administration supplémentaire de sérum dans certains cas fort rares, mais il convient de noter que l'octroi de cette concession tient compte de facteurs psychologiques et biologiques non envisagés par les auteurs précédents, à savoir, hésitations contemporaines de la « période d'initiation », amoindrissement de la résistance générale en raison de la

gravité de la blessure, diminution des ressources en antitoxines du fait d'une importante hémorragie ».

Il ressort de ce qui précède l'intérêt de savoir si un sujet a été vacciné, la date à laquelle a eu lieu cette vaccination et la quantité d'anatoxine qu'il a reçu.

Ces renseignements, notés sur la pièce d'identité médicale éviteront une grande partie des incidents, voir même des accidents dont il a été question dans ce chapitre.

CHAPITRE III.

LE SERUM EQUIN

Les indications de la sérothérapie se sont considérablement étendues depuis quelques années, et il n'est pas de médecins qui n'ait eu à observer et à traiter plusieurs cas d'accidents sériques. La pièce d'identité sanitaire pourrait remédier à la plupart de ces accidents en signalant au médecin qu'il se trouve en présence d'un sujet susceptible de faire des réactions sériques ou ayant reçu du vaccin antitétanique suppléant, dans la majorité des cas, à la sérothérapie. Son intérêt, par conséquent, en ce qui concerne les sérums et les accidents sériques est capital.

Passons rapidement en revue les accidents consécutifs à la sérothérapie.

Ce sont parfois des accidents immédiats, accidents souvent dramatiques : Le sujet est pâle, accuse une sensation d'angoisse, de défaillance ou même de mort imminente. Un frisson intense, accompagné de claquements de dents, le secoue tout entier tandis que ses traits changent et s'altèrent à vue d'œil. Le pouls devient extrêmement rapide, incomptable, la respiration

est courte, superficielle. Parfois survient un vomissement ou une abondante selle diarrhéique. Tous ces signes donnent bien l'impression que le malheureux est au seuil de la mort... Mais le plus souvent, soit sous l'influence thérapeutique de l'adrénaline, soit spontanément, le sujet revient à la vie.

Il faut cependant insister sur la gravité de ces accidents. L'issue mortelle au cours des réactions immédiates reste exceptionnelle, mais elle a été signalée. Et il convient d'y remédier par tous les moyens, notamment grâce à la pièce d'identité sanitaire.

Parfois il s'agit de réactions survenant dans les quelques heures qui suivent l'injection de sérum. Elles consistent essentiellement en modifications circulatoires (tension artérielle à 4-2) troubles digestifs, troubles cutanés formant dans l'ensemble un syndrome inquiétant.

Plus fréquemment, on observe des réactions générales tardives :

Elles résument l'immense majorité des accidents sériques. Elles apparaissent en général entre le huitième et le quinzième jour après l'injection et se traduisent par :

- 1) Des manifestations cutané-muqueuses.
- 2) Des manifestations algiques et articulaires.
- 3) Des troubles de l'état général.

Nous n'avons pas à y insister ici. Bornons-nous à dire que généralement ces troubles disparaissent en cinq à six jours pour ne laisser à leur suite aucune trace.

Des formes graves ont cependant été signalées. Messieurs RAMOND et FLANDIN ont décrit une véritable forme chronique conduisant à la cachexie, en maintenant le malade au lit et en entravant son alimentation. Monsieur FLANDIN a observé aussi des récives.

D'autres formes sont encore plus sévères. Et VEDEL et PUECH ont rapporté le cas d'un sujet qui au cours d'un traitement par l'hémostyl présenta des accidents graves qui aboutissent à la mort.

Enfin des formes atypiques. Le cadre de la maladie du sérum s'étend chaque jour. Elle est capable d'engendrer les manifestations les plus diverses au niveau des appareils les plus variés. C'est ainsi que :

- Les paralysies,
- Les adénopathies généralisées,
- Les orchio-épididymites,
- Les accidents pleuro-pulmonaires,
- Les insuffisances surrénales,

ont pu être observés. Ces formes sont souvent graves. J'ai eu l'occasion, il y a quelques jours, de voir un aviateur pilote qui avait reçu après un accident sans gravité, une injection de sérum antitétanique. Cette injection avait été faite au bras gauche. Une paralysie, localisée à ce bras, est apparue quelques jours après.

Il y a plusieurs mois que cet accident est arrivé, et malgré une thérapeutique intensive, consistant surtout en électrothérapie, le sujet présente de l'amyotrophie et une gêne motrice qui l'handicapent considérablement.

On voit par conséquent, la gravité de certains acci-

dents sériques. Il faut les éviter à tout prix. Et pour cela mettre en œuvre, sans exception, tous les moyens qui peuvent être mis à notre disposition.

Quels sont les moyens ?

Des moyens prophylactiques avant tout.

La vaccination antitétanique sera notée sur la pièce d'identité sanitaire du sujet. Elle évitera peut-être une injection de sérum qui pourrait entraîner des accidents.

Egalement, seront mentionnées sur les pièces d'identité sanitaires les quantités de sérum reçues par les sujets, et qui prédisposent ceux-ci aux accidents sériques. On notera la quantité de sérum en cm^3 . En effet, la quantité d'antitoxique n'entre pas en jeu. Seule la quantité de sérum de cheval importe dans la détermination des accidents anaphylactiques.

La présence sur la pièce d'identité sanitaire de mention telles que : eczéma, insuffisance hépatique, asthme, urticaire, migraine, donnera l'éveil. Les sujets atteints de tels troubles, réagissent en effet avec une particulière facilité aux injections de sérum. On pourra même, au cours d'une visite médicale antérieure, mettre en évidence chez eux cette sensibilité par des intra-dermo-réactions. Les résultats obtenus seront mentionnés sur leur pièce d'identité médicale.

Ainsi grâce à ces pièces d'identité, seront évités bien des accidents sériques. Et chez les sujets présentant une susceptibilité particulière, quelques précautions pourront être prises.

Pour éviter des réactions précoces, la méthode de

BESREDKA sera employée. Cet auteur constata, en effet, « que l'injection préalable de l'antigène actif faite très peu de temps avant l'injection d'épreuve, soit à dose unique minime, soit à dose réfractée, empêche presque immédiatement l'apparition des accidents ».

C'est ainsi que pour l'injection de sérum antitétanique, on procédera de la façon suivante.

Trois ou quatre heures avant l'introduction massive de 20 ou 40 cm³ jugés nécessaires, on peut faire une injection de 1 à 2 cm³. Mais mieux vaut injecter successivement et d'heure en heure 1/4 de centimètre cube, 1/2 centimètre cube, 1 centimètre cube, 2 centimètres cubes puis au bout de quatre à cinq heures, la quantité restante de sérum pure. Monsieur Louis RAMOND propose 1/4 de centimètre cube, 1 centimètre cube une heure après, puis, quatre heures après, la dose totale. Enfin, Messieurs MARTIN et DARRÉ se contentent d'injecter très lentement 5 centimètres cubes sous la peau du ventre, et, le reste un quart d'heure après si la première piqure a été bien supportée.

Il faudrait, entre ces méthodes, choisir celle qui donne les meilleurs résultats et la mentionner sur le code dont nous avons parlé dans le premier chapitre.

Enfin, pourront être appliqués d'autres procédés antianaphylactiques, et anticolloïdoclasiques, tels que les méthodes de désensibilisation spécifiques ou non (peptones), tels que certaines substances chimiques : chlorure de sodium, carbonate de soude, hyposulfite de soude, calomel. Mais répétons-le. Ces méthodes ne

pourront être appliquées, qu'autant que nous connaissons la susceptibilité de l'organisme d'un sujet, et cette susceptibilité ne sera vraiment connue que si elle est notée sur sa pièce d'identité médicale.

CHAPITRE IV

GROUPES SANGUINS

La transfusion sanguine est un des premiers actes chirurgicaux d'urgence. Un accidenté ayant beaucoup saigné arrive à l'hôpital. Quelle que soit l'opération qu'on veuille lui faire subir, il est nécessaire de lui faire une transfusion. Elle permet de le soutenir. Souvent elle est indispensable. Elle lui sauve la vie.

Mais que de difficultés sont rencontrées si le groupe sanguin du blessé et de ceux qui l'entourent n'est pas déterminé à l'avance. Difficultés qui souvent amènent à envisager une autre solution telle que l'injection de sérum, souvent insuffisante en cas de grosse hémorragie. Ou bien, lorsque la transfusion est la seule chance de salut de l'accidenté, on tente cette intervention sans tenir compte des groupes sanguins. On tente le tout pour le tout. Le blessé court alors de grands risques.

Au contraire si le groupe sanguin auquel appartient le sujet est connu, s'il est gravé sur sa plaque d'identité médicale, la transfusion peut être immédiate et sans danger. Supposons par exemple qu'il appartienne au groupe I : une personne bien portante et dévouée

pourra se prêter à la transfusion et lui donner une partie de son sang. Tout sera pour le mieux si les sujets présents ont eux-même une plaque d'identité : une personne du groupe II pourra donner son sang à une personne du même groupe et du groupe I. Une personne du groupe IV pourra donner également son sang à une personne qui aura négligé de se faire établir une pièce d'identité. Combien alors la tâche du chirurgien sera facilitée. Et combien seront diminués les risques que court le blessé.

On voit de ce fait la place que prendront les groupes sanguins dans l'élaboration d'une pièce d'identité médicale.

Quant aux signes à adopter ils sont simples : il suffira de marquer I, II, III ou IV, pour signifier que le sujet appartient à l'un de ces 4 groupes. Un seul chiffre marqué sur une petite plaque métallique sauvera peut-être une vie humaine. Les chances de salut sont parfois rares. Il faut les recueillir toutes avec un grand soin.

Un problème doit être posé : le groupe sanguin est-il définitif ? On a signalé des exceptions. Même si elles existent, elles ne doivent pas faire repousser d'emblée l'idée de graver un groupe sanguin sur la plaque d'identité. Ce ne serait en effet que des exceptions et en médecine les exceptions ne font pas abandonner un traitement. Il ne s'agit pas d'une science telle que les mathématiques ou tout est réglé à l'avance. Les rares accidents survenus au cours de la vaccination jénérienne n'ont pas fait abandonner

cette vaccination. Si la majorité des individus ne changent pas de groupe au cours de leur vie, le groupe doit être marqué sur la plaque d'identité médicale.

Etudions toutefois de plus près les exceptions qui ont été signalées et la valeur qu'on doit leur attribuer.

La possibilité de changement de groupe a été jadis soutenue par certains auteurs et notamment par P. E. WEIL et LAMY qui, en 1924, rapportaient des variations de groupe à la suite de médications diverses. Puis elle a été reprise par M. RENAULT, par M. ROSENTHAL, par Monsieur MARCHAL, par Mlle HERR. L'immutabilité des groupes sanguins a été établie depuis par les travaux de Monsieur LATTES et confirmée par tous les expérimentateurs. De leur côté, MM. WEIL et LAMY se rallient à cette conception et adoptent en 1932 la thèse de la fixité des groupes sanguins. Monsieur DUNGERN et HIRSZFELD ont démontré que le groupe sanguin constitue un caractère héréditaire transmissible selon les lois mendéliennes.

Voici en résumé les conclusions du travail de P^r TURPIN et A. CARATZOLI :

« 1) Les « structures biochimiques » A et B des hématies n'apparaissent jamais chez les enfants, si elles ne sont présentes au moins chez l'un des parents.

2) Lorsque les deux parents, présentent la même structure, les enfants présentant en général, mais non toujours, cette même structure.

3) Si l'un des parents seulement possède une struc-

ture déterminée, cette structure est retrouvée le plus souvent chez une partie des enfants, exceptionnellement chez tous.

4) La structure qui fait défaut chez les parents, fait également défaut chez les enfants ».

Ces constatations permettent de conclure à l'immuabilité des groupes sanguins.

Nous sommes allés demander à Monsieur TZANCK de bien vouloir nous donner son avis à ce sujet. Il nous a dit qu'après avoir été un défenseur de la possibilité de changement des groupes, il s'était rendu à l'évidence et défendait maintenant l'idée de la fixité des groupes sanguins. Nous lui avons demandé la cause de ce revirement. Il nous a alors parlé des causes d'erreur dans la détermination des groupes sanguins.

En résumé, voici les principales : une mauvaise lecture, une sédimentation due à l'empilement des hématies et que présentent spontanément certains sangs pourra faire croire à une agglutination qui n'existe pas.

Inversement, avec un sang très rapidement coagulable, on pourra croire à une homogénéité. Dans ces deux cas, il suffira d'ajouter une goutte de sérum témoin pour faire disparaître ces phénomènes.

Une autre cause d'erreur est à signaler : Le sérum jeune, peut être inactif pendant un certain temps.

De plus, certains observateurs acceptent comme valable, pour admettre le caractère de donneur universel d'un sujet, le seul fait qu'il ait pu donner son

sang un certain nombre de fois sans déterminer d'accidents, ce qui est nettement insuffisant.

Disons donc avec Monsieur TZANCK que « la Constataction de changements de groupe jette surtout un discrédit sur les méthodes employées par les auteurs qui les observent, plutôt que sur la fixité des groupes qui, jusqu'à preuve du contraire, semble un fait établi ».

Concluons par cet aphorisme de Monsieur TZANCK :
« La fixité des groupes sanguins est aussi immuable que celles des espèces. Ce sont les mauvais examens qui font les prétendus changements de groupes ».

« Le groupe sanguin gravé sur la plaque d'identité médicale d'un individu peut éviter des déterminations hâtives et des accidents graves ».

CHAPITRE V.

LESIONS OU TROUBLES MORBIDES INSOUPÇONNES

La plupart des urgences nécessitent un acte chirurgical entraînant une anesthésie. Un sujet est victime d'un accident grave sur la voie publique. On est obligé de lui faire subir une intervention importante : amputation d'un membre, laparotomie exploratrice, on l'anesthésie. On l'opère. La plupart du temps on ne choisit pas le mode d'anesthésie. Le blessé est considéré comme étant normal. Un examen rapide et superficiel du cœur et des poumons, lorsqu'il est possible de le faire, donne, à ce sujet, une tranquillité assez précaire. La plupart du temps, l'intervention a une issue normale. L'anesthésie a eu lieu sans incident ou du moins sans accident. Il en est ainsi parce que les sujets présentant une contrindication à un mode d'anesthésie ne sont pas la majorité. Ces sujets existent cependant, et on doit tenir compte de leur existence. Ils savent parfois qu'ils sont malades, qu'ils présentent des troubles morbides contrindiquant certains anesthésiques, et ils peuvent le signaler au moment de l'intervention. Mais souvent, ils ne sont pas

en état de répondre aux questions qui leur sont posées. Ils sont parfois dans le coma. Mis à part, ces cas exceptionnels, bien des sujets ne savent pas qu'ils sont atteints de lésions graves. S'ils le savent, ils ne pensent pas qu'il soit utile d'en avertir le chirurgien. Si on les interroge, ils répondent mal à la question qui leur est posée, préoccupés qu'ils sont par l'accident qui leur est arrivé. Et après un interrogatoire minutieux, le chirurgien n'est souvent pas renseigné : Il était ignorant de ce que pouvait présenter le sujet, et après l'avoir interrogé, il est incertain. L'incertitude s'allie mal avec une urgence chirurgicale, avec une décision à prendre, dont dépend peut être la vie d'un homme. Il y a suffisamment de points obscurs en médecine et en chirurgie. Eclaircissons-les le plus possible. Il serait si aisé de noter à l'avance les tares d'un sujet qui seraient susceptibles de faire repousser tel ou tel mode d'anesthésie. La simple lecture d'une plaque d'identité située au poignet d'un blessé grave amené dans le coma, à l'hôpital suffirait pour décider du choix de l'anesthésie. Et la vie de ce blessé dépend peut-être de cet anesthésique. On voit de là la portée de ces pièces d'identité médicales et les services immenses qu'elles pourraient rendre.

Examiner un sujet avec minutie pour s'assurer que son corps est sain, examiner ses poumons, son cœur, son aorte, le radioscopier ou le radiographier au besoin, sont des actes longs, mais faciles. Faire ces mêmes examens sur un blessé grave, sur un homme ayant reçu une balle dans le ventre, présentant une

fracture de cuisse ouverte est absolument impossible. D'où la nécessité d'effectuer ces examens à l'avance, au cours d'une Consultation médicale spéciale que subiront ceux qui désirent avoir une pièce d'identité médicale.

Au reste, au cours de cet examen, on leur trouvera peut-être une lésion qu'ils méconnaissent, susceptible de s'étendre et qui régressera avec le traitement.

Il faut déceler les tares susceptibles d'influencer le mode d'anesthésie. Faut-il faire une anesthésie générale, régionale ou locale ? La réponse, nous la trouverons sur la pièce d'identité médicale de l'intéressé. Un examen très approfondi du sujet, fait peut-être quelques années auparavant, aura permis d'établir cette pièce. S'il s'agit d'un sujet présentant une affection pulmonaire chronique, une affection cardiaque mal compensée, une affection du foie s'accompagnant d'insuffisance fonctionnelle et d'ictère, une affection rénale avec urémie menaçante latente, l'anesthésie générale par inhalation est contre-indiquée. On emploiera alors plus volontiers une anesthésie régionale ou locale.

Lorsque l'anesthésie générale convient mieux, il faut choisir l'anesthésique. Utilisera-t-on le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote, ou bien des mélanges anesthésiques ? Tout cela dépend des lésions présentées par le sujet.

En ce qui concerne les cardiaques, les affections du cœur ne sont qu'exceptionnellement une contre-indication absolue à l'anesthésie générale. Seuls ne doi-

vent pas être endormis les sujets présentants : une asytolie accentuée, une dyspnée marquée, qui traduisent une insuffisance fonctionnelle grave du myocarde, ou l'existence d'une symphyse péricardique.

C'est par conséquent à la recherche de cette insuffisance fonctionnelle du myocarde que devra s'attacher le médecin chargé d'élaborer la pièce d'identité médicale. En cas de lésions du myocarde, le chirurgien aura recours à l'éthérification, qui a donné de bons résultats à FORGUE et à FINNEY, et qui se recommande par son action tonique sur le cœur.

Par contre l'Ethérification ne doit être utilisé que très exceptionnellement chez les sujets atteints de cataracte chronique, d'emphysème, de tuberculose pulmonaire, et lorsque l'anesthésie régionale n'est pas utilisable, l'anesthésique de choix est le chloroforme.

Messieurs QUÉNT et GOSSET ont montré qu'il fallait éviter le chloroforme chez les hépatiques, chez les icteriques, et les cirrhotiques.

L'anesthésique à utiliser est l'éther, encore faut-il savoir que même avec ce produit, des accidents resteront encore à redouter.

L'action des anesthésiques sur le rein a été mise en évidence par Messieurs CASTAIGNE et RATHERY et par Monsieur CHEVASSU. De leurs recherches, il résulte que « dans les interventions chez les urinaires, auxquels ne conviendraient pas ou ne suffiraient point les anesthésies loco-régionales ou rachidiennes, le chloroforme est à éliminer chez les rénaux et les hypotendus. L'éther hypertenseur est moins dangereux

chez les affaiblis, et le balsoforme semble préserver partiellement contre le risque des complications pulmonaires, si redoutables chez les urinaires. Le chlorure d'éthyle ne saurait convenir qu'à de courtes anesthésies, et si théoriquement le protoxyde d'azote lèse au minimum le parenchyme rénal, cliniquement l'étendue de ses indications chez les urinaires a besoin de se préciser ».

Mais toutes ces observations ne peuvent avoir d'intérêt que si les lésions sont connues et elles ne seront vraiment connues que si elles sont inscrites sur une pièce d'identité médicale.

De même, devront être notés, de préférence sur la carte d'identité, l'explication de certaines cicatrices. Par exemple la cicatrice lombaire d'un sujet qui est dans le coma, peut très bien laisser dans le doute un chirurgien : S'agit-il d'une néphrotomie, d'une néphrectomie ? La lecture de la carte le renseignera.

CHAPITRE VI

HEMOPHILIE — HEMOGENIE

Une autre question qui doit se poser en présence d'un sujet pour lequel on établit une pièce d'identité médicale est la suivante : est-il hémophile ?

C'est une question d'importance capitale. Nul ne peut nier en effet qu'un hémophile peut mourir des suites d'une opération qui, eut été bénigne chez tout autre opéré. Et cependant lorsque l'état d'un blessé ou d'un malade réclame une intervention urgente, on intervient la plupart du temps sans faire d'examen permettant de déceler une hémophilie éventuelle. Savoir à l'avance que tel sujet est hémophile, que son temps de saignement est prolongé, que la coagulation de son sang est anormale, éviterait bien des accidents.

L'interrogatoire du sujet avant l'intervention n'est pas suffisante. Beaucoup de personnes ne savent pas en effet qu'elles sont hémophiles. De plus, tous les individus devant être opérés d'urgence ne sont pas toujours en état de répondre aux questions qui leur sont posées. Leur lucidité peut être très atténuée. Ils peuvent être dans le coma. Seule alors la lecture d'une pièce d'identité médicale est susceptible d'éclairer le chirurgien et de guider ses actes. Il saura

s'il doit intervenir ou s'il doit s'abstenir. Ce sont là des déterminations capitales dont peut dépendre la vie du blessé ou du malade.

Des opérés meurent d'hémorragie. Ce sont parfois des hémophiles ignorés. L'opération a été simple, rapide. On referme la plaie. Le malade s'éveille, ne présente apparemment rien d'anormal. Puis, quelques heures après l'intervention, il pâlit. Le pansement est transpersé par le sang. On enlève les compresse. Le sang suinte à travers les lèvres de la plaie. Le chirurgien attend. Quelle décision doit-il prendre ? L'intervention a été normale. Réintervenir immédiatement exposerait la vie de l'opéré. Cependant, quelques instants après, le sang continue à suinter. Le malade est pâle. Il présente une soif vive. Son pouls est petit, rapide. Il faut intervenir. Le chirurgien enlève une agrafe, puis deux. Il enlève quelques points de suture. L'abdomen est rempli de sang. Il va à la recherche d'une artère qui saigne. Mais ses efforts sont vains. Il s'agit d'une hémorragie en nappe qui emporte l'opéré.

Parfois l'hémorragie interne passe inaperçue. L'opéré est trouvé mort le matin dans son lit. Il s'est éteint sans attirer l'attention.

C'est une issue dramatique qui aurait peut-être pu être évitée si l'hémophilie avait été mise en évidence au cours d'un examen antérieur.

On voit par conséquent l'intérêt que peut présenter l'examen du sang en série dans le but d'établir une pièce d'identité médicale.

Une question se pose, au sujet de l'hémogénie et de l'hémophilie. Quelle différence y a-t-il entre ces deux états pathologiques ? L'hémophilie est un état sanguin immuable qui peut être héréditaire. L'hémogénie est un état passager. D'après Monsieur TZANCK que nous avons interrogé à ce sujet, il n'y a pas d'autres différences entre ces deux états.

En ce qui concerne les pièces d'identité médicale, seule l'hémophilie nous intéresse. On ne peut en effet noter sur une plaque d'identité un état passager.

Est-ce un état passager ? C'est la question qui peut se poser après l'examen d'un malade présentant des troubles de la coagulation du sang. Des examens successifs après traitements d'essais permettront d'avoir un avis à ce sujet et de graver sur la plaque les renseignements indispensables.

Quels signes devons-nous adopter ? Une simple lettre H pourrait être suffisante pour traduire l'hémophilie d'un sujet. Des croix inscrites au devant de la lettre H pourraient renseigner sur le degré d'hémophilie. Par exemple, H pour une hémophilie atténuée, H + pour une hémophilie plus considérable. Et ainsi de suite. Il s'agit là, du reste de détails qui pourront être débattus par la suite, au cours de délibérations entre membres compétents des diverses Commissions. Nous nous bornons à donner un exemple de signes. Il montre qu'ils peuvent être simples courts et facilement compréhensibles. Ils occupent peu de place et peuvent de ce fait être gravés sur une plaque d'identité médicale.

CONCLUSIONS

Il est nécessaire que soit mise à l'étude la création de pièces d'identité sanitaires, utilisables en cas d'accident, surtout si l'intéressé a perdu connaissance.

Les renseignements qu'elles résumeront d'une façon conventionnelle permettront de mieux régler le traitement d'urgence : prophylaxie du tétanos, transfusion sanguine, anesthésie, intervention sanglante.

Les principales questions auxquelles ces indications fourniront d'avance une réponse, seront les suivantes :

1) L'accidenté a-t-il été vacciné contre le tétanos au moyen de l'anatoxine (quand et comment) ?

2) A-t-il déjà reçu du sérum équin ?

3) A quel groupe sanguin appartient-il ?

4) Est-il atteint de lésions ou de troubles morbides pouvant échapper à un examen difficile, incomplet, non accompagné d'interrogatoire (par exemple aortite, asthme) ?

5) A-t-il antérieurement manifesté une tendance anormale aux hémorragies ?

Grâce à une entente entre le Ministère de la santé

publique et celui de la guerre, cette étude pourra être confiée à une Commission qui comportera notamment des membres de l'Académie de Médecine et d'autres sociétés savantes, des délégués de syndicats médicaux et des caisses d'assurances sociales, des médecins militaires, des représentants de l'assistance publique.

Vu, Le Président de la Thèse,

L. TANON.

Vu, Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALFARO et MALAMUD. — L'examen de santé. *La Prensa Médica argentina*, N° 10, 8-3-33.
- BOYÉ. — Pour le sauvetage de la race. Le livret sanitaire individuel. *Rev. médico-sociale*, N° 1, mars 1929, p. 3.
- BOYÉ (Georges). — Le carnet de santé. *Revue Médicale française*, N° 1, janvier 1935.
- BRIAND (H.). — Rapport sur la nécessité de la visite médicale annuelle, et de l'institution d'un carnet de santé individuel. *Gazette Médicale de Nantes*, N° 2, Février 1936.
- Sur la nécessité de la visite médicale annuelle et de l'institution d'un carnet de santé individuel. *Le Concours médical*, 5 janvier 1936.
- CHAILLEY-BERT. — Le carnet de santé dans les lycées de l'Académie de Paris. *L'Hygiène par l'exemple*, Janvier-Février 1930, N° 1, p. 10.
- CROUZEL (Ed.). — Livret pathologique de famille et fiches individuelles. *Rev. de Path. comparée et d'Hygiène générale*, N° 413, Fév. 1931, page 147.
- DE LAET (Maurice). — Le carnet sanitaire individuel. *Bruxelles-Médical*, 10 novembre 1935.
- DE LAET. — Le médecin devant le problème de la médecine préventive. Un moyen d'action immédiate : Le carnet sanitaire. XXVIII^e Congrès de médecine professionnelle. Ostende, 22-24 juin 1935 in *Bruxelles-Médical*.
- MANDEL. — La fiche physiologique. *Santé pour tous*, N° 7, Juillet 1933.
- NELLY ALY et MARY HOLAN. — Le carnet individuel de santé et de développement mental. *Journ. de méd. de Paris*, 17 décembre 1931, N° 51.

- NOIR (J.). — Le livret sanitaire officiel et ses inconvénients.
La Puériculture, 10 juin 1933, N° XVII.
- SOLA. — Le carnet de l'ouvrier. *Semana medica*, N° 21,
XXXIX, 26 mai 1932.
- X. — Le livret de santé. *Franche-Comté et Montbéliard*, N° 6,
Juin 1932 et N° 7.
- ZILBERMAN (User). — Livret individuel de santé et d'état
civil. *Thèse de Paris*, 1937.
- WEISSENBACH (R. J.) et GILBERT-DREYFUS. — Les accidents
sériques.
- TZANCK. — Transfusion sanguine.

